



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Enfermedad mental y las nuevas necesidades sociales. La
reinserción comunitaria

Autor/es

RAMOS JIMÉNEZ CELORRIO

Director/es

SERGIO ANDRÉS CABELLO , M^a CARMEN SABATER FERNÁNDEZ y
DOMINGO CARBONERO MUÑOZ ,

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

CIENCIAS HUMANAS

Curso académico

2018-19



Enfermedad mental y las nuevas necesidades sociales. La reinserción comunitaria, de RAMOS JIMÉNEZ CELORRIO

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor, 2019

© Universidad de La Rioja, 2019

publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO.

**Enfermedad mental y las nuevas
necesidades sociales. La reinserción
comunitaria**

**Mental illness and new social needs.
Community reintegration**

Por:

ALUMNA: RAMOS JIMÉNEZ CELORRIO

TUTOR: DOMINGO CARBONERO MUÑOZ

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS

CURSO ESCOLAR: 2018-2019

Resumen

Este es un estudio de sistematización metodológica, se hará un recorrido en profundidad por el método de externalización utilizado en el Centro Asistencial de Albelda de Iregua en La Rioja. Para ser más exactos, vamos a conocer la implementación de dicho método con pacientes que tienen enfermedad mental grave (EMG) dentro de la Unidad de Larga Estancia (ULE) del Hospital. El método está orientado a combatir los déficits propios de la sintomatología negativa de la enfermedad, a través de la participación de los pacientes en los procesos de externalización, de manera activa. Utilizaremos técnicas de motivación y participación en dichos procesos, para conseguir empoderar a las personas, con la responsabilidad de ser ellos los protagonistas de sus elecciones, de su vida y de su externalización. La finalidad del proyecto es reducir el riesgo de institucionalización e insertar a las personas el máximo tiempo posible en comunidad, como principal media rehabilitadora del programa bio-psico-social.

Palabras clave:

Enfermedad mental grave (EMG), Esquizofrenia, externalización, desinstitucionalización, recursos comunitarios, rehabilitación bio-psico-social.

Abstract

This is a study of methodological systematisation, an in-depth look will be taken at the outsourcing method used in the Albelda de Iregua Care Centre in La Rioja. To be more exact, we are going to learn about the implementation of this method with patients who have severe mental illness (MSG) within the Long-Stay Unit (LSU) of the Hospital. The method is aimed at combating the deficits inherent in the negative symptomatology of the disease, through the active participation of patients in outsourcing processes. We will use techniques of motivation and participation in these processes, to empower people, with the responsibility of being the protagonists of their choices, their lives and their externalization. The aim of the project is to reduce the risk of institutionalisation and to insert people as long as possible in the community, as the main means of rehabilitating the bio-psycho-social programme.

Keywords:

Severe Mental Illness (SMI), Schizophrenia, outsourcing, deinstitutionalization, community resources, bio-psycho-social rehabilitation.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| Resumen | 2 |
| Abstract | 2 |
| 1. Introducción | 6 |
| 2. Marco teórico | 8 |
| 2.1 Lugar desde donde se desarrolla la práctica profesional. La Unidad de Larga Estancia. | 8 |
| 2.2 La salud mental y el modelo de rehabilitación Bio-psico-social. | 11 |
| 2.3 Marco de necesidades | 14 |
| 2.3.1. Problemáticas vinculadas a la institucionalización. | 14 |
| 2.3.2 Rehabilitación e intervención hacia lo comunitario. Alternativas a la..... | 15 |
| 2.3.3 Un modelo de intervención humanista, bidireccional, de intercambio continuo de información. | 16 |
| 3. Objeto, Finalidad y Objetivos. | 19 |
| 4. Metodología | 21 |
| 4.1 Los resultados metodológicos: construcción de un proceso metodológico. TS de casos: fases..... | 21 |
| 4.1.1. FASE I Recogida de información. La observación participante y la entrevista. | 22 |
| 4.1.2. FASE II. Estudio de recursos. | 24 |
| 4.1.3. FASE III. Estudios de viabilidad recursos/casos. | 24 |
| 4.1.4. FASE IV. La entrevista motivacional. | 25 |
| 4.1.5. FASE V. El acompañamiento y las reuniones de seguimiento. | 27 |

| | |
|--|----|
| 5. Resultados | 30 |
| 5.1. Resultados de la Sistematización del rol del Trabajo Social..... | 30 |
| 5.1.1. FASE I Recogida de información. “El Diagnóstico”..... | 30 |
| 5.1.2. FASE II. Estudio de recursos. “Trabajo en red” | 34 |
| 5.1.3. FASE III. Estudios de viabilidad recursos/casos. “Diagnóstico profesional/valoración” | 37 |
| 5.1.4. FASE IV. La entrevista motivacional. “ Trabajo con individuos/Tutoría” | 38 |
| 5.1.5. FASE V. El acompañamiento y las reuniones de seguimiento. “Dimensión comunitaria” | 40 |
| 5.2. Resultados de la evaluación del proyecto | 41 |
| 5.3. Principales Barreras para la desinstitucionalización | 43 |
| 6. Conclusiones | 46 |
| 6.1. Conclusiones | 46 |
| 6.2 Aportaciones para la intervención..... | 49 |
| 7. Referencias Bibliográficas | 54 |
| 8. Agradecimientos | 57 |
| 9. ANEXOS..... | 58 |
| ANEXO 1 | 58 |
| ANEXO 2..... | 62 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|---|
| Figura 1. Diagrama de flujos y derivaciones de pacientes entre los distintos dispositivos sanitarios de la Red de Salud Mental de La Rioja. | 8 |
| Figura 2. Estructura y organización del Centro Asistencial de Albelda de Iregua 2019 | 9 |

1. Introducción

En este estudio/sistematización de la práctica vamos a abordar uno de los campos menos favorecidos e incluso polémico dentro de La Sanidad Pública. La Salud Mental ha sido un tema tabú en nuestro país e igualmente en nuestra comunidad, hasta no hace muchos años, la falta de información y el hermetismo, han sido la tónica con la que se ha tratado esta “enfermedad” y a los que la padecen, mal favorecida por la sociedad y estigmatizada en mayor medida por los medios de comunicación, los cuales están constituidos por personas igual de desinformadas que cualquier otro ciudadano.

La Salud Mental ya no es un tabú, al menos para una persona más, es decir, después de pasar dos cursos académicos en prácticas en el Centro Asistencial de Albelda de Iregua (CSMAI), más conocido como Hospital de Salud Mental de Albelda, he podido conocer a las personas que padecen los síntomas de las diferentes enfermedades mentales, y el entramado de la red de atención riojana para personas con enfermedad mental grave (EMG), su enfoque comunitario y su modelo rehabilitador multidisciplinar (bio-psico-social).

Este estudio se sustenta principalmente de la experiencia adquirida durante los cuatro años del Grado de Trabajo Social, y del Proyecto de Prácticas de Intervención Social (PISOC 2018/2019), que nace del Proyecto de Prácticas de Estudio y Diagnóstico (PED 2017/2018), desarrollados en colaboración y tutela de la Trabajadora Social del Centro de Salud Mental de Albelda de Iregua (CSMAI), y la tutora académica. El Centro fue inaugurado en 2009 en sustitución del antiguo Centro Psiquiátrico Reina Sofía, cuya apertura databa de 1977. Actualmente el CSMAI está adscrito al Servicio Riojano de Salud y regulado por el Decreto 13/2009, de 27 de febrero, por el que se establece la regulación de la estructura, organización y régimen de funcionamiento del centro.

El pasado año se realizó un estudio-diagnóstico en busca de necesidades y problemas, detectando principalmente la siguiente necesidad, que no era otra, que la ya existente en este

tipo de instituciones socio-sanitarias. La institucionalización de pacientes o el riesgo de institucionalización. En nuestro caso, el trabajo se desarrolla en la Unidad de Larga Estancia (ULE) del Centro Asistencial de Albelda de Iregua, como veremos más adelante en la composición del centro.

Rápidamente comencé a trabajar, siempre bajo la tutela de la Trabajadora Social del centro, para comprender la magnitud y dimensión del problema, a fin de entender, intentar buscar soluciones o implementar las ya existentes. Este trabajo se hará visible más adelante a partir de la metodología, antes nos situaremos con esta introducción, para más tarde pasar al marco teórico que da consistencia a la intervención.

Como veremos más adelante la institucionalización está relacionada con la cronificación de la enfermedad y la lucha contra esa cronificación, esta igualmente relacionada con el Trabajo social, y su importancia a la hora de mantener a los pacientes dentro del marco social y comunitario. Convirtiendo su estancia en el Hospital en base a su finalidad, una estancia temporal enfocada a la rehabilitación y siempre que sea posible, la reinserción social y comunitaria, siguiendo los propios fines del centro como veremos más tarde en el Decreto que regula su funcionamiento.

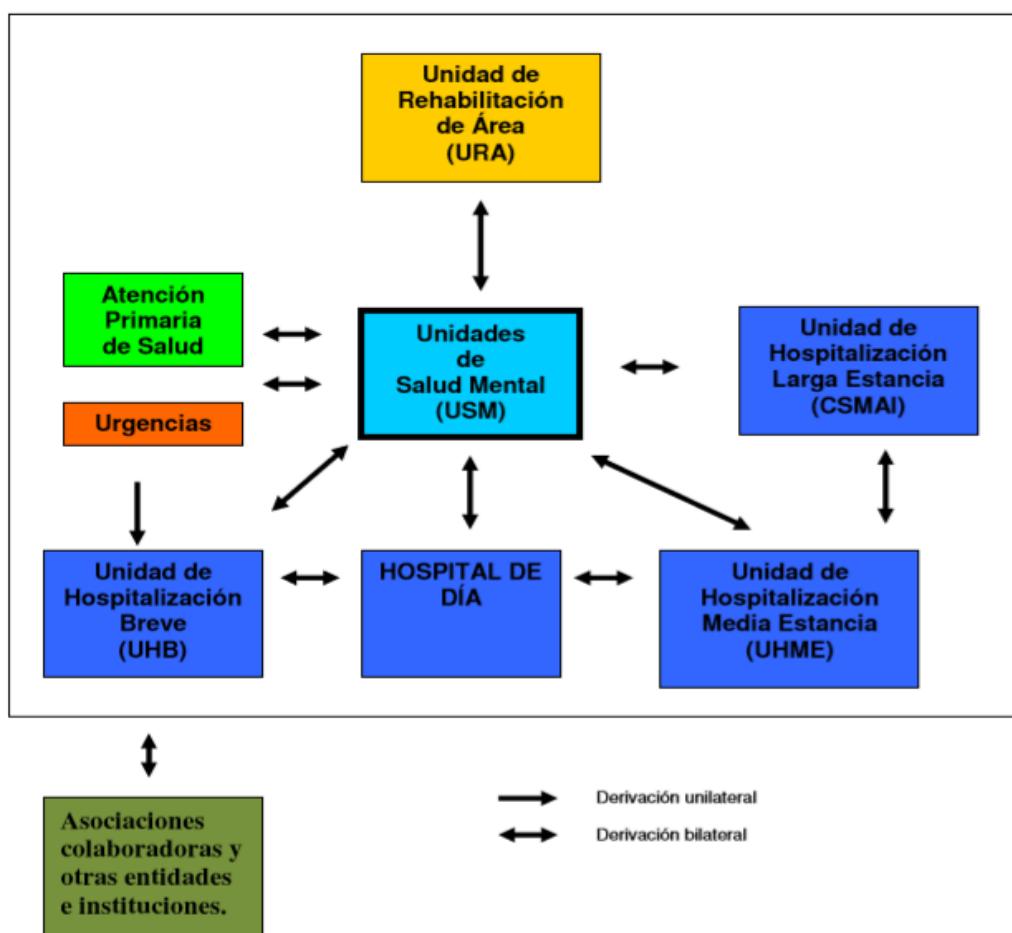
Es aquí cuando nos encontramos con el reto de la externalización, cuando las herramientas del trabajo social se ponen en marcha. Cuando la intervención soportada en el método básico necesita de muchas herramientas adjuntas (estudios personalizados, motivación, dedicación individualizada, conocimiento mutuo, acompañamiento, seguimiento, temporalización, co diagnóstico, metas, toma de conciencia, etc.) y de la creatividad personalizada para cada uno de los casos. Aquí es donde creamos y perfeccionamos una herramienta de intervención social con un fin, la desinstitucionalización de personas con enfermedad mental grave (EMG), con una iniciativa firme, que requiere la máxima implicación de los pacientes en su proceso de rehabilitación social.

2. Marco teórico

2.1 Lugar desde donde se desarrolla la práctica profesional. La Unidad de Larga Estancia.

El proyecto del que nace esta sistematización de la práctica, se desarrolla como indicamos anteriormente en el Hospital de Salud Mental de Albelda de Iregua. Este a su vez, forma parte de la red de Salud Mental de La Rioja. Podemos situarlo en la siguiente figura para ver con más claridad la red de dispositivos de salud mental, que dispone nuestra comunidad. Para no entrar en una descripción demasiado larga, del número de recursos especializados que interaccionan en esta red, iremos descubriendo los necesarios a medida que avancemos.

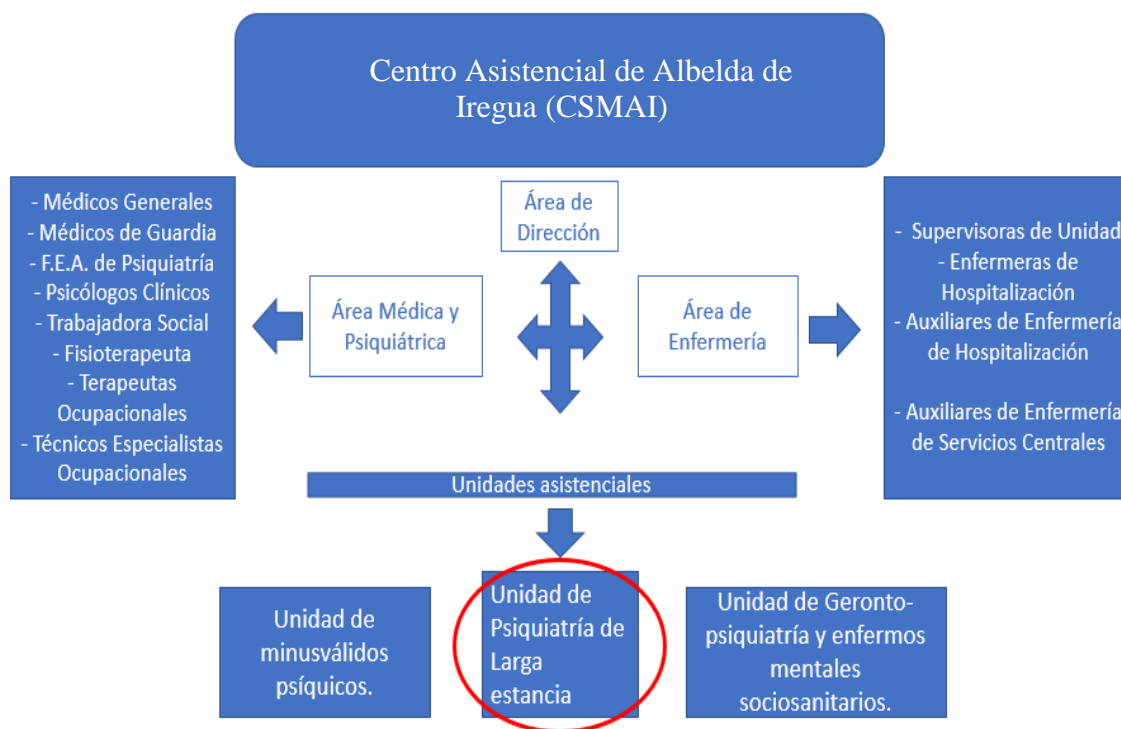
Figura 1. Diagrama de flujos y derivaciones de pacientes entre los distintos dispositivos sanitarios de la Red de Salud Mental de La Rioja.



Fuente: Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja (2016, pág. 45)

El Hospital de Salud Mental de Albelda de Iregua está compuesto por tres unidades: la unidad de Larga Estancia, la unidad de Gerontopsiquiatría y la unidad de Minusválidos psíquicos. En la siguiente figura podemos observar la ubicación de la unidad de larga estancia dentro de la estructura y composición del centro.

Figura 2. Estructura y organización del Centro Asistencial de Albelda de Iregua 2019



Fuente: Jiménez (2017). Proyecto de Prácticas de Estudio Diagnóstico. Universidad de La Rioja.

La unidad de gerontopsiquiatría esta destinada a personas ancianas que, han padecido algún tipo de enfermedad mental en sus vidas. Si sumamos la cronificación de esta, a un avanzado estado de edad, el resultado es la necesidad de cuidados especializados residenciales de los que este hospital dispone.

La unidad de minusválidos psíquicos del Hospital está compuesta por personas con discapacidad intelectual severa o profunda, y otros tipos de trastornos de difícil ubicación en medios de la red de salud o residencial de La Rioja. Siendo este el recurso de idoneidad para este tipo de enfermedades.

La unidad de larga estancia esta compuesta por personas con EMG, esquizofrenias y otros tipos de trastornos de personalidad, psicóticos, del estado de ánimo, de ansiedad y de la ansiedad generalizada, que necesitan de tratamiento y rehabilitación multidisciplinar (Bio-psico-social), por periodos prolongados. El número actual de pacientes no supera los treinta y el rango de edad esta entre los veinticinco y los cincuenta.

Tenemos que especificar que este Hospital, si se creó para atender de manera continua y residencial a: personas de avanzada edad con enfermedad mental y gran dependencia, y también a personas con discapacidades intelectuales severas y profundas; pero no se previó así en un principio para los pacientes de la unidad de larga estancia, cuya finalidad, si es el ingreso por largos periodos de tiempo, hasta que la sintomatología positiva cese y se estabilice, o su recuperación se haga evidente. Desde este punto de vista la rehabilitación está enfocada a la reinserción en otros medios, o en el antiguo medio bien sea familiar, tutelar (pisos) o residencial.

Como podemos observar en los fines expuestos en el *Decreto 13/2009, de 27 de febrero, por el que se regula la estructura, organización y régimen de funcionamiento del Centro Asistencial Albelda de Iregua*, en su artículo 3, los cuales indican el carácter residencial para las dos unidades citas expresamente, dejando para la unidad que nos queda, de larga estancia, una mención de carácter hospitalario, no residencial.

Artículo 3. Fines.

“ El Centro Asistencial Albelda de Iregua asume los siguientes fines:

- *Prestar asistencia sanitaria de carácter hospitalario a través de la aplicación de un modelo de rehabilitación psiquiátrica bio-psico-social con abordaje multidisciplinar y orientado a mejorar la discapacidad funcional, teniendo como meta la desinstitucionalización y la reinserción social.*

- *Atender minusválidos psíquicos en régimen residencial asistido en razón de su discapacidad.*
- *Asistir a enfermos de geronto-psiquiatría y enfermos mentales de tipo sociosanitario.*
- *Promover la autonomía de los pacientes a través de terapias rehabilitadoras y sociales, contemplando siempre que sea posible la externalización como el principal elemento rehabilitador.”*

(Gobierno de La Rioja, 2009, pág. 1)

En el primer punto y en el cuarto del citado artículo comprendemos cual es el fin de este recurso sanitario para nuestra unidad de larga estancia con tres claves:

“Prestar asistencia sanitaria de carácter hospitalario.”

“Siempre que sea posible la externalización como el principal elemento rehabilitador.”

“Teniendo como meta la desinstitucionalización y la reinserción social.”

(Gobierno de La Rioja, 2009, pág. 1)

Estos tres fines resumen a la perfección la finalidad del Hospital y su modelo de rehabilitación bio-psico-social con todos sus pacientes, aunque como bien hemos expuesto, en especial con la Unidad de Larga Estancia, dado que son perfiles de paciente con posibilidad de recuperación y reinserción, a través de la rehabilitación multidisciplinar.

2.2 La salud mental y el modelo de rehabilitación Bio-psico-social.

La EMG o el trastorno mental grave según La Confederación Salud Mental España, que es el movimiento asociativo más grande existente en nuestro país para la salud mental, la define como:

“Una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.”

(Confederación de Salud Mental de España, 2019)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud mental es:

“Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”

(OMS, 2013)

Estas dos definiciones de salud mental, la primera, de la asociación más importante en el ámbito nacional y la segunda del organismo con más relevancia internacional, nos ayudan a entender el sentido, o el porqué, de un modelo rehabilitador Bio-psico-social. Dado que es necesario trabajar (rehabilitar) las causas que crean esas disfunciones personales, familiares y sociales con el fin de aumentar lo máximo posible la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.

La definición de salud mental nacional nos indica las consecuencias de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento que la EMG tiene sobre la persona. Por tanto, ya nos están adelantando por donde tiene que ir encaminada la rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave.

Mientras que la definición de la OMS desde otra perspectiva indica, cuál debería ser el estado personal y social de un individuo, para poder aportar a su propio crecimiento y con ello

al de la sociedad en general. La carencia de ciertos estados y capacidades en la persona serian las consecuencias de padecer una enfermedad mental.

El modelo Bio-psico-social nace del postulado teórico en el que los seres humanos son contemplados como sistemas complejos compuestos por:

- Componente biológico; buscando entender cómo algunas causas de la enfermedad se derivan del funcionamiento del organismo.
- Componente psicológico, como la falta de autocontrol, confusión emocional, pensamientos negativos afectan al conjunto del sistema.
- Componente social o aspecto social, investigando la influencia de diferentes factores a nivel socioeconómico, cultural, nivel de estudios, acceso a tecnología, creencias religiosas, etc.

Mas allá de la teoría bio-psico-social con la que conseguimos introducirnos en la comprensión del modelo rehabilitador, que utiliza el Hospital de Salud Mental de Albelda de Iregua, nos centramos en comprender como actúa el modelo rehabilitador dentro de las diferentes esferas de la persona, dado que las partes que componen la salud mental de la persona son todas imprescindibles para el incremento del bienestar global del paciente.

La parte “Bio” de la rehabilitación corresponde a las patologías fisiológicas, físicas y cualquier tipo de afección interna o externa del paciente, que limiten su calidad de vida o su salud. Esta parte es cuidada por el área médica del Hospital, con profesionales de medicina general, especializada, enfermería y cuidados de fisioterapia y rehabilitación.

La parte “Psico” de la rehabilitación corresponde a al conjunto de profesionales de psiquiatría y psicología (Ituarte Tellaeche, 2017), junto a los/as terapeutas ocupacionales. Los primeros encargados de la parte farmacológica y psicológica de los pacientes, de sus pensamientos, emociones y comportamientos tales como angustia psicológica, creencias de miedo/ evasión, métodos de afrontamiento actuales, etc., (Ituarte Tellaeche, 2009).

Los/as terapeutas ocupacionales realizan las terapias cognitivo/ conductuales, encargadas de la adquisición y mantenimiento de habilidades sociales, son una de las partes mas importantes en la rehabilitacion conjunta, dado que habilitan a la persona en mayor media, para que la intervención social sea más eficiente, ayudando al igual que los otros profesionales a aumentar la calidad de vida de los/as pacientes.

La parte “Social” de la rehabilitación pese a lo que algunas personas pueden creer, comienza antes de que los pacientes ingresen en el centro, por motivos de su enfermedad y por la vía que corresponda (derivación o judicial) (Ituarte Tellaeche, 2012). Esta parte corresponde al trabajo social y la analizaremos minuciosamente en la parte metodológica (Ituarte Tellaeche, 2018)

2.3 Marco de necesidades

2.3.1. Problemáticas vinculadas a la institucionalización.

Ciertamente la enfermedad mental grave como su nombre indica es un trastorno persistente que crea discapacidad funcional y social a quien la padece. A su vez, nos encontramos con la desinformación de la sociedad, la prensa sensacionalista y el rechazo social derivado del estigma impuesto por estas, a través de prejuicios y conductas excluyentes, entre otras problemáticas que más tarde abordaremos en el apartado de conclusiones (Aretio Romero, 2010). Crea una dificultad añadida al proceso social de rehabilitación, pero el mayor obstáculo para comenzar esta y a su vez el primero, es el riesgo de institucionalización de las personas con EMG (Sampietro, 2010).

Estos riesgos pueden ser personales o internos, como la cronificación de la enfermedad con el paso de los años, la perdida de contacto con el medio comunitario derivada de largos periodos de institucionalización, o la habituación al rol institucional y la falta de salidas viables, entre otros; o externos como situaciones familiares adversas para su desinstitucionalización, situación económica precaria para la salida al medio comunitario por cuenta propia, o la falta

de recursos intermedios especializados (residenciales o pisos tutelados) (Franco, 2008; Garay, et. al. 2012; y García, et. al. 2016).

Sean cuales sean las causas que impiden esta desinstitucionalización, siempre que el informe medico sea favorable, pueden ser tratadas desde lo social con un modelo de trabajo amplio y diversificado, actuando sobre todos los factores que limitan o delimitan esta salida o reinserción al medio comunitario tras el alta médica (delimitaremos extensivamente estos factores en la metodología de la intervención más adelante).

2.3.2 Rehabilitación e intervención hacia lo comunitario. Alternativas a la desinstitucionalización.

En el caso de la salud mental, parte del proceso rehabilitador esta unido a la intervención hacia lo comunitario (reinserción, externalización), como ya hemos citado anteriormente es parte del modelo bio-psico-social, y así queda reflejado en el Artículo 3, punto cuatro del Decreto 13/2009, de 27 de febrero, por el que se regula la estructura, organización y régimen de funcionamiento del Centro Asistencial Albelda de Iregua.

Artículo 3. Fines:

“El Centro Asistencial Albelda de Iregua asume los siguientes fines:

“Promover la autonomía de los pacientes a través de terapias rehabilitadoras y sociales, contemplando siempre que sea posible la externalización como el principal elemento rehabilitador.”

(Gobierno de La Rioja, 2009)

Siendo el fin último o la meta a conseguir tanto la desinstitucionalización, como la reinserción en la comunidad, tenemos que puntualizar que no siempre es posible en un corto periodo de tiempo pongamos entre seis y ocho meses, pero entre la institucionalización y la desinstitucionalización hay una gama de grises que nos permite hacer trabajo social de casos

transformando el método a las necesidades de cada persona. No se trabaja con un modelo cerrado, sino con un modelo “marco” que abarque todo lo que está dentro del ámbito social. Habrá pacientes que antes de ser reinsertados pasen por periodos de externalización y rehabilitación prolongados, siendo igual en importancia que una reinserción temprana (Alonso Salgado, 2014)

Cada persona lleva su ritmo asociado inevitablemente a su enfermedad, por lo tanto, en caso de estancia muy prolongadas, la máxima que buscamos es la optimización del tiempo fuera y dentro del centro hospitalario, reduciendo el tiempo de estancia en este y la inactividad que puede traer consigo (Masfret, 2008)

La alternativa pasa por ayudarles a gestionar su tiempo de la manera que más bienestar les cree, en los diferentes ámbitos externalizables ocio, laboral (protegido), prelaboral (formación), ocupacional o familiar, reduciendo su estancia en el centro conseguimos disminuir la pasividad e inactividad derivada de la institucionalización, esto lo desarrollaremos en la parte metodológica a continuación.

Por tanto, entenderemos la externalización, no solo como parte de la recuperación progresiva dentro del programa de rehabilitación llevado a cabo en el hospital, sino como el contrapunto a la institucionalización, que intentaremos reducir con todos los medios disponibles, y en todos los casos que sea posible con un programa individual para cada paciente.

2.3.3 Un modelo de intervención humanista, bidireccional, de intercambio continuo de información.

Durante el primer año en el Hospital de Salud Mental emplee el 80% del tiempo en la observación y el estudio de casos, el entorno es complejo, muchas disciplinas se entrelazan para hacer realidad el modelo rehabilitador bio-psico-social de persona diagnosticadas con EMG. Son necesarios conocimientos de derecho administrativo, psicología, terapias,

dinamización, como partes que irán unidas y condicionarán positiva y negativamente al trabajo social, siendo necesaria su combinación para entender la compleja realidad de las personas.

En Trabajo Social hay diferentes modelos de práctica profesional, fundamentados en diferentes bases teóricas, dentro de estas teorías La Humanista de Carl R (Gómez, 2007). Fue Rogers con su modelo de *Terapia Centrada en el Cliente*, el que más me ha inspirado para realizar una intervención a la altura de las personas que forman la unidad de larga estancia (Barrera Algarín, 2005).

El modelo humanista de intervención, más que unas determinadas técnicas o una determinada estructuración de esta, es una filosofía de intervención que se encuentra muy acorde con los pilares en los que se asienta el TS, como son el máximo respeto a la persona que necesita apoyo y la no imposición del proceso de intervención, para Carl R. Rogers:

“El método no directivo de Rogers implicaba contar más con el paciente para guiarle hacia la salud mental y el crecimiento personal; también se centraba en el “aquí y el ahora” más que en la vida pasada del paciente, y enfatizaba la relación terapeuta-paciente como el principal canal que permite maximizar los recursos del proceso psicoterapéutico.”

Rogers, C. R. (1997), citado en Arias Gallegos, W.L (2015)

Al igual que Rogers en sus terapias el Trabajo Social, hace que entendamos a la persona de una manera mas completa y compleja, llevando a cabo todo tipo de actuaciones en las que la persona forma parte de una manera voluntaria, informada y motivada, con un trato lo más horizontal posible, haciendo así más eficiente la gestión de asuntos sobre externalización. Son formas diferentes de analizar los hechos o problemas sociales, diferentes formas de observarlos, que condicionan la forma de intervenir, Bernstein y Nietzel citan textualmente a Carl R. Rogers cuando afirma que:

*“prefería que sea el hombre mismo el que decida por cuáles ideas inclinarse,
qué valores adoptar y qué acciones seguir”*

(Bernstein y Nietzel, 1995, citado en Arias Gallegos, W.L (2015)).

En nuestro caso es el trabajador social el que estimula al usuario para que éste busque nuevas opciones vitales.

3. Objeto, Finalidad y Objetivos.

El objeto de esta sistematización es aglutinar el conocimiento adquirido en intervención y externalización de personas que padecen EMG, y están ingresadas en un centro hospitalario de salud mental (Caparrós Civera, Carbonero Muñoz, & Raya Díez, 2017). La ampliación de conocimientos específicos está enfocada a la metodología de externalización y rehabilitación social.

En esta intervención la finalidad es la defensa de los derechos de la persona con enfermedad mental, el aumento del bienestar y la calidad de vida en la medida que los factores médicos, sociales, institucionales, económicos y familiares permitan. Podríamos hablar mucho sobre como aumentar su calidad de vida desde la intervención social, pero en resumen el fin último sería, la lucha contra todas las condiciones adversas que derivan de padecer una EMG (Setién Santamaría, 1993)

Objetivo General

- Sistematizar el proceso de creación de un programa marco o red activa de externalización de pacientes al medio comunitario, a través de programas de externalización individualizados de proyección familiar, laboral, ocupacional, socio-cultural, de formación y ocio.

Objetivos específicos

- Realizar análisis de casos individuales buscando las necesidades de cada paciente y su adecuación a recursos externos.
- Trabajar la motivación de los pacientes en torno a los beneficios y la necesidad que conlleva la externalización para una completa recuperación.
- Vincular los procesos de externalización con la mejora de los síntomas más negativos de la Enfermedad Mental Grave.

Objetivos operativos

- Mejorar la habituación a la convivencia comunitaria del máximo número de pacientes institucionalizados, a través de la externalización a recursos comunitarios, en un periodo de tiempo no superior a un año.
- Comprobar el grado de eficacia que la motivación tiene en la consecución de externalizar a pacientes con alto grado de institucionalización.
- Constatar un aumento en su autonomía y responsabilidad, adquiridos a través del contacto comunitario.
- Reducir el apartamiento social de las personas institucionalizadas en hospitales de salud mental.

4. Metodología

4.1 Los resultados metodológicos: construcción de un proceso metodológico. TS de casos: fases.

Durante el curso académico 2017/2018 se realizó el Proyecto de estudio-diagnostico en el Hospital de Salud Mental de Albelda, en busca de necesidades-problema que podía presentar la unidad de larga estancia. Buscando implementar algún programa o crear alguno nuevo en base a las necesidades, el resultado indirectamente marcaría el comienzo de la metodología de este proyecto que pasaremos a analizar más adelante en las fases (Hernández y Sabater, 2015).

Cuando comencé en el Hospital de Salud Mental de Albelda de Iregua mis prácticas curriculares (2017/2018), la situación existente desde mi posición era; una gran cantidad de pacientes fuera de la oficina de trabajo social y una gran cantidad de datos, expedientes, informes médicos, sociales, etc., dentro de esta.

Lo primero que hice fue presentarme personalmente a los pacientes fuera de la oficina, para que supieran que hacía ahí y en que podría ayudar; lo segundo fue entrar a la oficina y realizar una lectura exhaustiva de expedientes con la ayuda, y “traducción” de la TS del hospital. Muchos eran términos médicos novedosos o incluso desconocidos, figuras y situaciones jurídicas complejas, además de solicitudes de todo tipo que necesitaba entender, en su parte más procedimental.

Algo que me recomendó la TS, fue la necesidad de tener una relación profesional fluida con los pacientes, más tarde entendería el porqué de tal consejo. Pronto comencé a entender como la EMG en su mayoría esquizofrenias y trastornos tipo, someten a la persona a desajustes en el pensamiento y en el comportamiento, siendo más visible en algunos casos que en otros.

Pese a las limitaciones inherentes que causa la enfermedad o que pueden causar a estas personas, me resistí a un trato estrictamente clínico, que es el más extendido por las otras

disciplinas que forman parte del proceso rehabilitador, pero no del trabajo social. La interdisciplinariedad es necesaria para el proceso, pero hay que diferenciar lo clínico de lo social sin que se obstaculicen.

La relación con los pacientes siempre es profesional no personal, pero el trato diario sí requería de esa conexión personal con un enfoque humanista que me permitiera estar a su lado y compartir él día a día lo más cercanamente posible, con el fin de entendernos mejor ellos/as a mí y yo a ellos/as. Con esta introducción del entorno y la determinación de hacer una intervención social y humanista comenzamos con el desarrollo del que fue el proyecto de intervención enfocado a la externalización de pacientes, con las siguientes fases:

- FASE I Recogida de información. La observación participante y la entrevista.
- FASE II. Estudio de recursos.
- FASE III. Estudios de viabilidad recursos/casos.
- FASE IV. La entrevista motivacional.
- FASE V. El acompañamiento y las reuniones de seguimiento.

4.1.1. FASE I Recogida de información. La observación participante y la entrevista.

Esta es sin duda la fase más larga y con más importancia del proyecto, como ya hemos avanzado anteriormente el primer año de prácticas se basó casi por completo en la recogida y síntesis de información. Esta fase es la que crea el vínculo profesional y el conocimiento mutuo entre el TS y las personas de la unidad de larga estancia. Durante este periodo se hizo hincapié en la observación de la actividad de las personas del centro tanto a nivel individual como grupal, esta observación en algunos momentos fue mediante la observación participante:

Participación Pasiva, con presencia en los lugares comunes como el jardín, la cafetería, las salas de estar y de fumadores, con una limitada interacción por mi parte, pero sin llegar a ser

espectador, paseando o realizando actividades usuales como escribir en el diario de campo o tomar café.

Con este tipo de observación conseguía ver y comprender las reglas sociales y convivenciales creadas en el Hospital por los propios pacientes, además, me permitía observar indirectamente el comportamiento social e individual de estos, tomando notas posteriores en el diario de campo ya en la oficina.

Por otra parte, las observaciones llevadas a cabo desde la participación moderada me permitían ir conociendo a las personas en actos tan cotidianos como: un saludo, una conversación sobre el tiempo, un, ¿Qué agenda o actividades tienes hoy?, ¿Cuál prefieres de todas?, son pequeñas intervenciones que ampliaban nuestra relación profesional y “personal”, con los/as pacientes.

Estas participaciones diarias en lo cotidiano, me permitieron hacer un hueco a la figura del TS en prácticas, crear un vínculo de confianza profesional, y mostrar que está ahí para ayudar con diversas situaciones. (Masfret, 2008). A su vez, pude recabar información sobre:

- Como condicionan los diferentes trastornos mentales a las acciones y comportamientos cotidianos de cada persona.
- El grado de conciencia de enfermedad que cada paciente tiene (subjetivo y variable en algunos casos)
- El grado de sociabilidad.
- La capacidad para mantener conversaciones y responder a cuestiones planteadas.
- Como les afectaba la toma de medicamentos (cansados, eufóricos, etc.,)
- Y muchos otros factores que iban ampliando mi conocimiento a la vez que creaba un espacio de confianza y normalidad ante mi presencia.

La entrevista fue otra de las herramientas de investigación social utilizada, al principio abiertas y exploratorias, enfocadas sobre todo a la escucha de los pacientes, sin especificidad de temas y preguntas generales, esto se realizó durante el periodo de estudio y diagnóstico (2017/2018). En las fases posteriores del proyecto de intervención (2018/2019) las entrevistas pasaban a ser focalizadas y estructuradas.

Estas entrevistas (abiertas) son posteriores a el análisis exhaustivo de los expedientes médicos y fichas o informes sociales, formando parte en conjunto de lo que será la base del proyecto de intervención. A modo de recordatorio dentro de la FASE I tenemos : 1. Estudio de expedientes médicos e informes sociales, 2. Observación participante, 3. Entrevistas abiertas.

4.1.2. FASE II. Estudio de recursos.

El estudio de recursos se llevó a cabo durante un periodo de tres meses con la búsqueda de: entidades, programas, actividades, duración, requisitos, horarios, fechas, pagos, copagos, transporte, viabilidad, acompañamientos y vistas a recurso de las personas interesadas, etc.

Todos los datos y características de los recursos visitados son recopilados a través de entrevistas personales y por teléfono con las personas encargadas de estos, recogiendo la información que más tarde nos servirá para valorar la viabilidad de los recursos, con las necesidades y posibilidades individualizadas de cada paciente. Dentro de las entidades como ya hemos nombrado anteriormente encontramos diversidad según el fin del servicio: rehabilitador, ocio, formación, empleo y centros de ocupación.

4.1.3. FASE III. Estudios de viabilidad recursos/casos.

Antes de enfrentarnos a la parte central de la intervención (FASE IV), la parte mas importante por los resultados que de ella derivan, analizamos las entidades, programas, actividades...etc., con los casos individualizados de cada paciente. Las fases de recogida de información y conocimiento mutuo, nos han permitido conocer: las preferencias, capacidades,

limitaciones, proyectos de futuro de los/as pacientes, actitudes, nivel de motivación de cada persona.

En este momento es cuando realizamos una selección, algo parecido a una cartera de servicios entre los que ellos/as podrán decidir.

4.1.4. FASE IV. La entrevista motivacional.

Antes de llegar a este punto los/as pacientes de la unidad de larga estancia son ya ampliamente conocedores que hay un proyecto nuevo de externalización en marcha:

- Que será la TS del centro junto al TS en prácticas quienes les van a ofrecer una amplia gama de posibilidades de externalización.
- Que son ellos/as quienes pueden elegir para satisfacer su curiosidad de aprendizaje, deportes, ocio en su tiempo libre o un centro en el que realizar actividades “remuneradas” y conocer a otras personas, además de formación básica y prelaboral.
- Incluso algunos ya han decidido que quieren intentar la formación prelaboral, para acceder a un trabajo.
- Que pueden hacer grupos o ir solos.

Con todas estas expectativas se presentarán en su mayoría a la entrevista motivacional, dado que la información y la motivación ha sido, diaria y constante, desde hace meses. En esta entrevista estructurada se van a encontrar con:

- Toda la información recogida sobre recursos y programas.
- Todas las explicaciones necesarias para su comprensión.
- La motivación de estar haciendo lo correcto.
- La necesidad de convertir la institución en una “casa temporal” y aumentar su contacto con la comunidad, como fase preparatoria ante una posible alta.

- Con la toma de conciencia de saber que la externalización es parte de la rehabilitación social, en la cual ellos/as son los protagonistas.
- Que el objetivo es recuperar al máximo posible su vida a través del esfuerzo personal.
- Que vamos a estar ahí apoyando su decisión, que no van a estar solos, sino acompañados.
- Que la meta es la desinstitucionalización y para ello es necesario trabajar individual y grupalmente.

Es cierto que, dentro de las personas de la unidad de larga estancia, unas tienen más oportunidades que otras para conseguir sus objetivos, depende en gran medida de la enfermedad, pero lo que sí está claro es que todos/as tienen derecho a recibir el programa de externalización, la motivación y la oportunidad. Así se hizo en este proyecto por muy altas o bajas que fueran esas probabilidades. Una de las mayores obligaciones éticas y profesionales del TS es la defensa de los derechos de las personas y nunca está de más recordarlo.

Una vez terminada la entrevista, comenzarán los tramites y solicitudes, las personas serán informadas de cómo van, y sorprendentemente la mayoría de ellos/as, venían al despacho varias veces a la semana para interesarse por el estado de la solicitud, la motivación hacia su efecto, lo cual fue un gran paso en el proyecto.

Solo a modo informativa recordamos que entre la sintomatología negativa de la esquizofrenia y los trastornos tipo, que prevalecen en la unidad de larga estancia del hospital, tenemos: la falta de interés, el retraimiento social, la abulia, la apatía, la anhedonia, la depresión, entre otros síntomas. Lo cual indica que, dentro de esa lucha interna, que tienen los/as pacientes también existe la motivación, las ganas de avanzar, la alegría, el entusiasmo, siendo estos puntos en los que debe de trabajar el TS con las herramientas y recursos sociales que en su mano están.

4.1.5. FASE V. El acompañamiento y las reuniones de seguimiento.

Al igual que en las demás fases, el acompañamiento es individualizado y multidimensional, adaptado a las necesidades de cada caso. Unos necesitarán mucho apoyo, seguimiento y motivación; otros quizás mas atribuciones, compromisos e independencia, tanto en un caso como en el otro, encaminados a la adquisición de autonomía, responsabilidad y toma de conciencia, entre muchos otros objetivos o metas que ya iremos definiendo.

Una vez acordado en la entrevista motivacional cuáles serán los programas, actividades, etc., elegidos, comienza el acompañamiento, este consta de tres partes.

1. ACOGIDA : consiste en la preparación conjunta de la externalización en su parte más procedimental.

- Las solicitudes se tramitarán según su forma desde la oficina de TS o presenciales con la persona interesada. Acompañándonos desde el principio, como es norma, los pacientes serán parte del proceso siempre que ello sea posible.
- Habrá una reunión personal para dar forma a la propuesta menos técnica ,generando conocimiento de la situación y compromiso, en ella:
 - Se hablará de los horarios que tiene en el lugar para coordinarlos con los horarios del hospital.
 - Los medios de transporte, cómo, cuándo tiene que estar preparado/a, dónde esperar, que hacer si pierdo el transporte, etc.,
 - Las aportaciones económicas de sus cuentas que tendrán que hacer (según casos), en ese momento igual hay que reajustar gastos mensuales, también se abordara ese tema.
 - La duración del curso o actividad, las faltas de asistencia, a que se compromete.

- Se realizarán visitas previas al recurso para ir familiarizándose con el sitio y la persona de contacto.
- Incluso aquellas personas que tenga que utilizar el transporte urbano, realizaremos viajes de prueba y memorización de sitios y horarios.

2. CO DIAGNOSTICO (contrato de compromisos, obligaciones y objetivos)

Se confrontarán los objetivos del Proyecto de externalización con el/la paciente:

- La adquisición de responsabilidad
- Compromiso y cumplimiento
- Adquisición de autonomía y confianza
- Aprendizaje en la experiencia
- La externalización como parte fundamental de la rehabilitación
- El/ella como protagonista principal

Se realizará el contrato, que no será el fin, sino el medio que se utiliza durante el proceso de trabajo para visualizar los avances positivos y los fallos.

3. ENTREVISTAS DE SEGUIMIENTO

Estas se marcarán semanalmente, en el momento que comience la externalización, un día a convenir, aunque preferiblemente, flexible y voluntario por parte del paciente, cuando desee tenerla, venga y la realizamos, sin que llegue a ser una rutina rígida, aburrida o absurda. Es preferible que la intención y las ganas de contar como le va, salgan de la persona.

4. EVALUACIÓN FINAL

La evaluación final no es propiamente dicha la evaluación del proyecto en sí, sino que va enfocada al paciente, en ella revisaremos cuestiones conjuntas del contrato y de los objetivos marcados al comienzo de la externalización, examinando su cumplimiento y la profundidad de

este, motivando y felicitando en todo momento merecido al paciente, dando el reconocimiento a la importancia del trabajo personal que ha realizado.

Las cuestiones que analizaremos en esta evaluación teniendo en cuenta que los casos son individualizados y los méritos de unos y otras, pueden ser diferente. Pero como referencia se tratarán cuestiones como:

- Revisión de las metas planteadas en el co diagnóstico.
- Revisión y recuerdo de la autonomía lograda.
- Revisión de la experiencia adquirida. Aprendizaje de la experiencia.
- Revisión de los cambios positivos o negativos que ha podido experimentar en su persona. Visualización del cambio deseado.

5. Resultados

5.1. Resultados de la Sistematización del rol del Trabajo Social.

En este apartado integraremos los resultados del rol del Trabajador Social y el Trabajo Social, en el desarrollo de cada una de las etapas del Proyecto de Intervención que da vida a la sistematización de la práctica de este Trabajo Fin de Grado. Especificando las técnicas de Trabajo Social con casos, grupos y familia, las actividades directas e indirectas a la intervención, el trabajo comunitario en red y los resultados obtenidos mediante la práctica.

5.1.1. FASE I Recogida de información. “El Diagnóstico”.

En este apartado de resultados nos centraremos en las herramientas básicas del trabajo social, el rol del Trabajador Social en su desarrollo, y como estas se cohesionan con las demás técnicas utilizadas específicamente para llegar a “El Diagnostico “, nos centramos en el “*La Ficha Social*” (véase Anexo 1).

En la primera fase del proyecto (FASE I), puntualizamos que la intervención comienza antes de que la persona llegue al Hospital, bien sea por orden judicial o derivado directamente por médicos de la red de salud mental de La Rioja, del Hospital Provincial o del Hospital San Millán, ambas dos albergan unidades de Salud Mental, media estancia y agudos respectivamente.

Trabajo en red: SELENE

Comenzamos la recogida de información con Trabajo grupal en red (SELENE); así se denomina al programa donde todos los profesionales vinculados al paciente, adjuntan los informes creando su historial completo. Leyendo los diferentes informes podemos ir recogiendo datos, que a veces ante un ingreso rápido son muy útiles para comenzar a tratar al paciente conociendo cuales son las pautas de sus comportamientos (síntomas de su enfermedad) o situaciones que tolera mejor o peor en los ambientes hospitalarios. Desde este

momento antes de la llegada ya estamos creando conocimiento, recogiendo datos útiles para nuestra ficha social que será una parte importante del diagnóstico.

Esta ficha social que presentamos comienza con datos personales que vamos reuniendo en esta primera fase ,pero será el formato que dará continuidad en la recogida de datos posteriores, en una visión rápida podemos ver en ella los puntos principales, que encontraremos más desarrollados en el anexo:

1. Datos personales
2. Historia social
3. Estructura familiar
4. Educación, instrucción, laboral
5. Situación económica
6. Vivienda
7. Situación Socio Sanitaria
8. Situación legal
9. Relación con el entorno
10. Diagnóstico interpretativo global
11. Plan de intervención

Actuaciones a nivel familiar

El contacto con la familia mediante una reunión o telefónicamente (sino es posible de otra manera), antes de la llegada con el paciente, será otra de las herramientas o técnicas de recabar información. La entrevista personal o la telefónica será el medio en el que podremos comunicarnos con preguntas bidireccionales de modo que no solo asentemos las bases del ingreso.

Estas bases son los requerimientos a la familia antes de que se produzca el traslado del paciente, comprenden: ropa, tipos, cantidad, visitas, medios de comunicación con el paciente,

medios económicos para los gastos de este, medios de transporte, los asuntos más rutinarios de un ingreso hospitalario.

Con la presentación de las bases se abre un espacio de dialogo bidireccional, que es el que utilizaremos para recoger con la escucha activa esas impresiones y datos de primera mano de la familia, cuál es su relación, disposición a la ayuda de su familiar, dado que la externalización al entorno familiar es muy importante, para que los/las pacientes se mantengan unidos por ese hilo a lo comunitario y a su círculo de conocidos o medio natural.

Hemos tenido casos en los que la familia son reacios a estipular una serie de visitas mensuales, o trimestrales al domicilio, por la incomodidad o el cansancio de cuidar a su propio familiar, fruto de años de convivencia difícil. En contra encontramos muy beneficioso para el paciente salir a su entorno de conocidos periódicamente, reduciendo el riesgo de institucionalización y manteniendo el contacto con la comunidad.

Por ello, hemos tenido que “negociar” o hacer entender argumentando, que esas salidas son beneficiosas para el paciente, comprometiéndonos a hacer un plan de salida específico para el/ella, el cual tiene que cumplir para poder seguir saliendo. Con ello mantenemos a las dos partes unidas con un contrato de compromiso por parte del paciente, de cuidar meticulosamente su comportamiento o costumbres en sus salidas.

Actuaciones a nivel individual

La recepción del paciente es una parte protocolaria y de TS individual, por la entrevista de bienvenida con la que los recibiremos al ingreso, una vez se halla instalado en su habitación. En esta entrevista le presentaremos el centro y le explicaremos que función tiene el trabajo social dentro del hospital, dejándole la puerta abierta para cualquier tipo de pregunta o necesidad que se le plantee. Para nosotros, esta primera toma de contacto nos brinda la oportunidad de ir conociendo al paciente, e ir entablando la relación cercana y profesional necesaria para las siguientes fases.

Esta recepción depende en gran medida de como trasladen al paciente, en algún caso ya llegan estabilizados con lo que la recepción, la presentación del centro y la entrevista de llegada se pueden realizar con normalidad. Por el contrario, si el paciente está en la fase de crisis (síntomatología positiva visibles) no podemos realizar ninguna de las fases anteriores.

Entrevistas de acogida

La función de esta entrevista es recoger información, de primera mano del paciente teniendo esta apariencia entre sus principales objetivos:

- *Actuar como interlocutor de las informaciones previas al ingreso. Informar y asesorar sobre la mejor utilización de los recursos existentes*
- *Informar sobre el funcionamiento del centro*
- *Elaborar la historia social*
- *Recoger información sobre la situación familiar y social del paciente*
- *Detectar las situaciones de carencia o riesgo social*

(Grupo de Trabajo de Salud Mental del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, 2019)

Anteriormente en la primera fase de la Intervención (FASE I), hemos hablado de los instrumentos de recogida de información que utilizamos en el proyecto mediante diversas técnicas; las fuentes secundarias (informes médicos, informes sociales de otros TS, historias de vida, etc.,), los diferentes tipos de entrevistas (abiertas, estructuradas, etc.,) y por último la observación participante (pasiva y moderada). Estas técnicas unidas a las descritas anteriormente nos harán llegar, con el tiempo, a crear el conocimiento necesario para el diagnóstico.

“El Diagnóstico “.

Este llega antes de comenzar con la búsqueda de recursos específicos para los casos ya analizados y viables. Los resultados de combinar las técnicas básicas del trabajo social que acabamos de ver, con la observación participante, las entrevistas y la motivación diaria a los pacientes. Dan como resultados dos cosas:

- Un ambiente de confianza y conocimiento mutuo (profesional y Humanista).
- La apertura de posibilidades de externalización exitosa.

El diagnostico se basa en la gestión de los datos recogidos a nivel: personal, social, económico, socio-sanitario, laboral, comportamental, conductual, etc., Dando como fruto un diagnostico global de situación, con sus problemáticas y puntos fuerte, que una vez evaluados, darán paso al PLAN de INTERVENCIÓN.

La ficha social junto al diagnóstico es la base antes de comenzar el plan de intervención, de ello podemos deducir la importancia y necesidad de realizarlo lo más completo y ajustado a la realidad posible. Que mejor que esta ocasión para atribuir esta difícil tarea a personas cualificadas, en concreto a las y los Trabajadores Sociales, profesionales capacitados para utilizar estas herramientas propias, como competencia especifica del Trabajo Social.

5.1.2. FASE II. Estudio de recursos. “Trabajo en red”

La búsqueda de recursos comienza con un barrido entre: los conocimientos que uno tiene de los principales dispositivos de servicios sociales, la página oficial del Gobierno de Rioja en su apartado de discapacidad y alguna recomendación de otros profesionales cercanos, pero en el ámbito de salud mental no es tan difícil. Los recursos son inferiores a los destinados a la familia, la infancia, o discapacidades, e incluso en recursos que imparten formación de acceso a empleos cualificados para personas en riesgo de exclusión social. Cuando te pones en contacto con algún recurso no especializado en salud mental la pregunta es si..., ¿Aceptan a personas

con EMG? Sin embargo, en un buen número de recursos se decidieron a colaborar pese a ser una novedad o un reto.

Nos pusimos en contacto con Cruz Roja para solicitar información sobre los cursos de formación prelaboral y de emancipación para jóvenes (activación juvenil). Nos atendieron de una manera abierta y sincera al exponerles el caso (persona con EMG) que queríamos derivar a uno de sus programas y como hemos comentado anteriormente pese a ser una novedad, aceptaron la solicitud de nuestro paciente, para realizar un curso de almacenista, reconociendo el derecho de realizarlo como cualquier otra persona.

La razón de ver la intervención como una novedad o un reto en algunos dispositivos, evidencia la falta de normalización de recursos y programas especializados en salud mental que no sean exclusivamente sanitarios, sino programas dirigidos a la rehabilitación psicosocial en su labor de mitigar los déficits que presenta la sintomatología negativa de la enfermedad incluido el empleo.

Trabajo individual y autónomo

Por tanto, para la búsqueda de recurso se decidió hacer de la siguiente manera, me dispuse a crear una lista de recursos (véase Anexo 2) en un formato fácil y legible, para más tarde utilizarlo como “cartera de recursos” en las entrevistas con los/as pacientes. Recordemos que uno de los objetivos de la intervención es el aumento de la autonomía y su capacidad de decisión. En este caso las personas podrán elegir entre la cartera de recursos presentada, cual es más de su interés o de su necesidad, con o sin el apoyo del TS según casos, buscando siempre su participación en decisiones que afecten a su vida.

Trabajo en red, recursos

Comencé el trabajo autónomo de llamar a todos los recursos localizados, susceptibles de tener servicios viables para nuestros pacientes, recabando información sistematizada en las

fichas por telf., en primera instancia. Una vez localizados, concerté citas con las personas responsables de los estos, para poder conocernos, exponer las necesidades de los/as pacientes y conocer de primera mano cual era el alcance sus programas y actividades, condiciones, requisitos, etc.

Los recursos fueron organizados, según la finalidad; ejemplos:

- Rehabilitador
 - ARFES pro salud mental (Área de rehabilitación psicosocial)
 - Programa de educación de adultos
 - Rehabilitación cognitiva
 - Taller de actividades de vida diaria
 - Programas de psicomotricidad, psicoeducación, ajuste personal, habilidades sociales , e integración social
- Ocio
 - La casa de las ciencias
 - Curso introducción a la informática
 - Curso de manejo de redes sociales e internet
 - LA universidad popular
 - Hospital de Salud Mental de Albelda
 - Salidas a socioculturales
 - Preparación de eventos (navidad, carnaval, día de la salud mental, etc.)
 - ARFES pro salud mental
 - Club social
 - Escuela semanal de deportes
 - Logro-deporte (centro de Lobete)
 - SPA
- Formación
 - Cruz Roja
 - Caritas Chavicar
 - Asprem
- Empleo
 - Asprem
 - Federación de empresarios riojanos
- Centros de ocupación.
 - ARFES pro salud mental (Área de rehabilitación laboral y terapia ocupacional)
 - Centro especial de empleo
 - Chavicar

Los resultados de la búsqueda de recursos con esta metodología fueron:

- La creación de una “cartera de recursos” propia, adaptadas a las necesidades y demandas de la unidad de larga estancia.
- La oportunidad de participar en la elección de recursos dada la legibilidad de las fichas adaptadas a la comprensión, la necesidad y las demandas de nuestros pacientes.

5.1.3. FASE III. Estudios de viabilidad recursos/casos. “Diagnóstico profesional/valoración”

El objetivo de esta fase es analizar los recursos y su viabilidad para cada uno de los pacientes de la unidad, los criterios de quién, y qué recursos son viables, saldrá de las reuniones interdisciplinarias:

Primera reunión

Los criterios físicos, sociales y cognitivos se pondrán a evaluación de la terapeuta ocupacional, la fisioterapeuta y los trabajadores sociales, para decidir la idoneidad o no dentro de las capacidades de cada persona. Intentando llegar a un ajuste profesional en la externalización sin exponer a retos a las personas, que sean inferiores a su capacidad o muy superiores, que harían fracasar la externalización o que esta no fuera todo lo eficiente que podría ser.

Segunda reunión

Para dar salida a la propuesta necesitamos el criterio técnico y aprobatorio del psicólogo/a y del Psiquiatra como médico y como director del hospital, garante legal de las salidas de cualquier persona ingresa en el centro. Del conjunto de criterios saldrán los recursos de viabilidad/caso posibles y adecuados, la elección de los mismos vendrá de la mano del paciente (según casos y voluntad de los pacientes)

El resultado de esta pre selección de medios para la externalización por parte de los profesionales, consigue dar realidad a los recursos ofrecidos a los pacientes, sin falsas esperanzas, ajustándonos a sus capacidades, gustos e intereses, por tanto, esta adecuación de recursos:

- Da la oportunidad al paciente de ser parte del proceso de elección, aumentando su autoestima.
- Da la posibilidad de hacer uso de su voluntad para la elección de recursos, aumentando su autonomía.
- Empodera a la persona al formar parte más en su proceso vital y rehabilitador, aumentando su la responsabilidad.

Tanto en la primera como en la segunda reunión los criterios a valorar para la selección de recursos son complejos, no pudiendo facilitar una lista de ellos al ser el criterio profesional, e interdisciplinar de muchas personas, pero cada uno ajusta los conocimientos de su campo y del paciente a la idoneidad del recurso mediante un debate profesional.

5.1.4. FASE IV. La entrevista motivacional. “ Trabajo con individuos/Tutoría ”

La entrevista motivacional es en realidad una entrevista de asesoramiento, cargada de un fuerte componente motivacional, con objeto de activar la determinación del paciente a su externalización y volver a hacerles protagonistas, participes y responsables de sus vidas (en el grado que cada uno/a este preparado para serlo).

Particularidades de la entrevista:

- Se explica el motivo de la entrevista (adaptación a cada paciente) que no es otro, que saber cuál de las opciones de la externalización quiere comenzar dependiendo de sus intereses y sus gustos.

- Hacemos hincapié en la principal idea:
 - La externalización es parte de la rehabilitación.
 - La rehabilitación necesita de su ayuda y colaboración.
 - Es una preparación necesaria para cuando llegue el alta médica.
 - No podemos perder el contacto con la comunidad ya que el objetivo del hospital es, ayudarles en su recuperación, para su reinserción.
 - La toma de conciencia sobre todos estos asuntos marcara el éxito de la externalización, al involucrar al paciente en su desarrollo.
 - Ellos/as tiene la última palabra, que sea positiva o negativa indicara el éxito de la intervención o su contrario.

Elección de recursos

- Presentamos los recursos por su finalidad (dentro de las posibilidades evaluadas anterior por los equipos), charlamos, debatimos, contestamos dudas y aclaraciones, etc., todo de la manera más comprensibles.
- Repasamos los beneficios de cada recurso de entre su interés sopesando unos u otros, los planes de futuro del paciente, periodo en el que se llevaría a cabo, aportaciones económicas, cambios en su rutina para adaptarla a los horarios de externalización, etc.,

Esta experiencia nos dio un buen resultado de implicación en los pacientes y pudimos constatar cómo, las personas cuando se sienten motivadas, integradas y valoradas, son mas activas, alegres y dispuestas a aceptar retos que las saquen de su zona de confort. En resumen, se atreven y se enfrentan a sus miedos (la mayoría consecuencia de la sintomatología negativa de la enfermedad) antes los cambios que ello supone.

5.1.5. FASE V. El acompañamiento y las reuniones de seguimiento. “Dimensión comunitaria”

Todas las personas que tenían oportunidad de ser externalizadas, (que la enfermedad lo permitiera) tuvieron la opción de serlo, pero no todas accedieron a la externalización y de los que lo hicieron, solo algunos/as llegaron hasta esta fase, la más exigente. Es el último paso, donde más inseguridades derivadas de la sintomatología negativa la enfermedad pueden aparecer.

Para nosotros salir y entra del hospital no tiene la mayor importancia, pero para las personas ingresadas, pese a estar estabilizadas fuera de la fase aguda que los llevo al ingreso (sintomatología positiva), es un gran reto. La esquizofrenia crea una gran desconexión con el mundo y aumenta el mundo interior de las personas, esa introversión hace que los miedos y las inseguridades de las personas afloren en situaciones potencialmente estresantes para ellos/as, como es la salida del centro, o el conocer a otras personas nuevas en el medio de externalización. (Arieti, 1965)

Como vimos en la FASE V el primer proceso el de acogida, nos lleva a sentarnos con el paciente en la sala de reuniones, esta sala no implica lo mismo que estar en el despacho. Es una zona neutral donde los dos estamos para organizar como será la externalización, como la vamos a llevar a cavo y como nos vamos organizar.

Llegamos a la parte que más interés me suscita de todo el proyecto, el co diagnóstico. Es la fase de toma de conciencia; ¿qué vamos hacer?; ¿para qué?; ¿a qué nos comprometemos?; ; ¿cual será el beneficio?; ¿qué responsabilidades adquirimos cada uno?, etc.,

Después de realizar las solicitudes, en las próximas semanas o meses según el recurso solicitado y las listas de espera, visitaremos con el/la pacientes los sitios donde se va a llevar a cabo la externalización, concertaremos reuniones con las personas encargadas en estos, para presentarles a nuestros pacientes y que estos a su vez puedan conocer el recurso.

Una vez los usuarios comienzan a ser externalizados, me gustaría destacar que las entrevistas de seguimiento no tienen un formato cerrado, ni un día, ni hora establecido, a menos que, así sea solicitado por los pacientes. Saben que es semanal, que la realizaremos, pero cuando, será de su conveniencia; ¿Por qué?, la respuesta es fruto de la práctica. Estas entrevistas pese a que los datos adquiridos en ellas van a ser reflejados en informes, tiene un carácter informal cercano y no intrusivo, siendo estas cuando de ellos/as sale.

La experiencia vivida es que cuando una persona esta obligada a contarte como le va, por obligación, carece de naturalidad y crea rechazo en las personas quedando esta práctica lejos de nuestros objetivos. Rechazo significa introversión y evitación todo lo contrario a nuestra relación fluida, respetuosa y motivadora. Alguna vez se les pudo pasar una reunión semanal, es entonces cuando debemos recordárselo el ultimo día de la semana educadamente, siempre respondieron bien y si alguno/a explico un motivo por el que no quiso realizarla fue respeta su decisión.

5.2. Resultados de la evaluación del proyecto

Los resultados de la evaluación del Proyecto de Intervención, fueron elaborados a través de un sistema de indicadores cuantitativos y cualitativos, estos últimos transformados en cuantitativos para poder ser cuantificados. La unidad de larga estancia está formada por aproximadamente unas 25 personas, de ellas aproximadamente el 45% no estaban en condiciones médicas de aceptar la externalización, y otro 10% no acepto la externalización por diversos motivos (entre ellos la sintomatología negativa de la enfermedad, fobias, miedos, pensamiento negativos aplanamiento emocional , depresión, etc.).

Trabajamos la externalización con un grupo de 11 personas el 45% restante, 5 de ellas participaron en el proyecto de externalización completo y otras seis lo hicieron parcialmente, solo en recursos de ocio. Las personas que fueron evaluadas a vista del proyecto fueron las cinco que decidieron además de participaren recurso de ocio lo hicieron en recursos de

formación, laborales y ocupacionales. Haciendo un breve repaso a los resultados en base a los indicadores utilizados, fueron:

1. N.º de personas que aceptan la externalización. Dentro de todas las personas que forman la unidad de larga estancia solo el 25% de ellas estaba en condiciones idóneas en ese momento para recibir externalización, por ello podemos decir que todos los que podían la recibieron.
2. N.º de personas que una vez comenzada se mantiene en el programa. En el momento de finalización de las practicas abril de este mismo año, solo una persona había recibido la plaza para ser externalizado, a día de hoy cuarto de las personas siguen externalizadas, satisfactoriamente, a excepción de una persona que abandono el primer día, que llego al recurso por motivos personales justificados.
3. N.º de personas que eligen varios programas dentro de la externalización. Dentro del grupo de 5 personas que van a ser externalizadas cuatro eligieron la doble externalización mañana y tarde.
4. La persona que logra incorporar e interiorizar como rutina y obligación beneficiosa, su asistencia a los programas de externalización. El 60% de los pacientes han respondido bien y con iniciativa a los horarios y el desempeño en los recursos.
5. La persona que me busca para comentarme cómo le va antes de que yo lo vaya a hacer en el seguimiento semanal. La motivación y las ganas de comenzar de los pacientes durante el periodo de esper hicieron que vinieran al despacho a preguntar regularmente por las solicitudes. Al igual que las entrevistas de seguimiento fueron fluidas y buscadas por los/las pacientes.
6. La persona que siente más autonomía y reduce su sensación de institucionalización. Después de realizar las entrevistas de seguimiento en los últimos meses a modo personal y fuera del periodo de prácticas, en las entrevistas varias personas coincidieron en reconocer que se sentían mejor desde que hacían mas vida fuera de la institución, no me

cabe la menos duda que la externalización ayuda a las personas en su recuperación psicosocial.

NOTA: los datos de esta evaluación son escuetos intencionadamente no queriendo traspasar la barrera del secreto profesional, o la intimidad de las personas que ha participado conscientemente en el proyecto, con el consentimiento informado por mi parte de estar realizándolo.

5.3. Principales Barreras para la desinstitucionalización

Al finalizar el proyecto de intervención por término del periodo de prácticas curriculares, y dejar el proyecto a la Trabajadora Social del centro la información recabada era suficiente como para realizar una lista de las principales barreras para la desinstitucionalización. Estas barreras a modo de conclusión nos sirven como indicadores para futuras acciones en línea con la mejora de la calidad de vida de las personas con EMG.

Los factores médicos: la sintomatología negativa de la enfermedad y la cronicidad.

La sintomatología negativa de la enfermedad son los procesos consecuentes derivados de los efectos que la esquizofrenia y los trastornos tipo producen en las personas, cuando se da un episodio de crisis la sintomatología positiva somete a las personas a desajustes emocionales y comportamentales como; delirios, paranoia, manías, situaciones de estrés prolongado, alucinaciones, etc., Todos estos síntomas son aplacados con medicación hasta que las personas se estabilizan y pueden continuar su vida con normalidad, son episodios aislados y sobre todo se producen por la falta de toma de medicación. (Arieti, 1965)

En el otro lado tenemos la sintomatología negativa, más relacionada con las consecuencias a largo plazo derivadas de estos procesos puntuales y de la propia enfermedad como:

La Abulia o pérdida de voluntad para tomar decisiones, impide focalizarse en objetivos y tener la motivación para cumplirlos. La persona con abulia presenta un bajo nivel de energía

vital y un interés prácticamente inexistente en estímulos o actividades que antes le hubieran motivado. Se puede considerar una forma extrema de apatía.

La Apatía, es el aplanamiento o embotamiento afectivo, la falta de perseverancia y la reducción de pensamientos y conductas autogeneradas, provoca que la persona disminuya su rendimiento y nivel de esfuerzo de cara a realizar diferentes tipos de conducta, cosa que a su vez retroalimenta la desmotivación del sujeto.

La Anhedonia o incapacidad para sentir placer y sensación de satisfacción, hace que esto se convierta en un mazazo para la calidad de vida de los pacientes que lo manifiestan, porque todo aquello que puede vincularse a la motivación, la sensación de bienestar o el interés en las cosas queda anulado. La introversión o el apartamiento social, entre muchos otros son síntomas negativos muy potentes que crean una gran discapacidad funcional y social.

La cronicidad es el efecto a largo plazo de toda esta sintomatología, llegando a establecerse en el individuo como algo propio y persistente, factores como la edad, la medicación prolongada en el tiempo, ayudan a esta a perpetuarse en cada individuo.

El estrés ante el contacto con lo comunitario o el miedo a abandonar la zona de seguridad (El Hospital), son las situaciones más comunes y visibles de la cronificación de la enfermedad, estas situaciones se enfrentan desde el proyecto de externalización, que a este nivel de enfermedad la externalización se usa como elemento que normaliza la salida y el contacto comunitario para reducir este desajuste con el exterior que terminan sufriendo los pacientes cronificados e institucionalizados. Los avances más importantes que se dieron: con personas muy institucionalizadas y cronificadas, adhiriéndose estas a las salidas de ocio y cultura cuando hacía mucho tiempo que no salían, la motivación y el grupo hacen que las personas superen muchas de sus dificultades.

La idea de potenciar la externalización por medio de la motivación y de la participación de la persona en el proceso, nace del conocimiento de esta sintomatología, y de la importancia que

tiene la parte Psico social en el proceso rehabilitador (Bio-psico-social). Por ello podemos afirmar que El Trabajo Social es uno de los tres pilares clave de la rehabilitación en Salud mental hoy día.

Los Factores económicos

Los factores económicos al igual que para el resto de personas se pueden convertir en una barrera, en este caso para la desinstitucionalización, son aislados los casos, pero se pueden dar. Un alto porcentaje de personas ingresadas están incapacitados legalmente y ostentan una incapacidad permanente absoluta para trabajar, con lo que perciben una pensión no contributiva (PNC) de no más de 400 euros. Los casos se pueden dar:

Cuando las familias no disponen de casa propia por estar ingresados en residencias dada su edad, o las condiciones de la vivienda y su familia no son las idóneas para la inserción del paciente, una vez dado de alta.

En el caso anterior se puede solicitar un piso tutelado para que la persona puede emanciparse con el dinero que percibe. Aunque se puede dar el caso y se dan, que no existen demasiados recursos residenciales que acepten o estén previstos para este tipo de enfermedad, en este momento en riesgo de exclusión social.

Incluso la tercera situación descartadas las dos anteriores, en esta es donde entra el Trabajo social a fondo para defender los derechos de las personas, buscando recursos intermedios que puedan ser medidas temporales, permitiendo que el alta médica se pueda llevar a cabo satisfactoriamente. Habitaciones de renta baja en pisos compartidos, programas de cocina económica para personas solas en riesgo de exclusión social (temporal un año máximo), y otras combinaciones más complicadas, pero con un objetivo, desinstitucionalizar a todas las personas posibles que sean aptas con un mínimo de garantías, y un programa individual de atención y seguimiento conjunto entre la TS del hospital y la TS de base, familias o Fundación Tutelar.

6. Conclusiones y aportaciones para la intervención

6.1. Conclusiones

El Proyecto de Intervención nace de la idea de implementar el ya existente de externalización. Se decide tras un estudio-diagnóstico elaborado, indicando cuales son las necesidades de implementación y las debilidades que pueden suponer un obstáculo , de las que más tarde hablaremos, para conseguir la externalización del máximo número de pacientes como medida rehabilitadora.

Gran parte del éxito del proyecto has sido la creación de un programa “marco”, modificable hasta el límite que la individualización de casos requiriera. Es cierto que la EMG limita a la persona en aspectos cuantificables que pueden ser comunes para muchas ellas, y que a su vez estos, pueden ser padecidos en mayor o menor medida por todos ellos.

Es aquí donde radica la diferencia y algunas personas pueden pasarlo por alto, todas las personas son diferentes, pese a tener la misma enfermedad y la misma sintomatología. Esa diferencia entre personas es la que hace que tengamos diferentes necesidades y necesitemos un trato específico. En este proyecto hemos querido resaltar que hay un programa de externalización para cada uno, no uno para todos y además es suyo.

El estudio sistematizado de la esfera de la persona en sus diferentes ámbitos: económico, relacional, psicosocial, legal, gustos, inquietudes, proyectos de futuro, estado físico, relación con la familia y el entorno, etc., con cada uno de los casos, ha requerido una gran cantidad de tiempo, trabajo y esfuerzo. Pero era inevitable, es la base de este proyecto, conocer a las personas de una manera real y profesional, junto al estudio de todos los recursos posibles conocidos y sus programas. Además, hemos intentado ampliar esta lista con otros que no lo fueran pero que pudieran servirnos a nuestro fin. Crean nuestra cartera de servicios, o, mejor dicho, su cartera, ¡Comenzamos bien!, con algo que ofrecer a alguien que conocemos.

Una de las debilidades que antes hablábamos era la motivación, la cual se ve afectada en gran medida por la sintomatología negativa de la enfermedad mental a todos los niveles, desde los actos más cotidianos a otros más complejos como es: la externalización a recursos comunitarios, actividades y formaciones.

La motivación continua era desde un principio, uno de nuestros objetivos específicos para alcanzar la finalidad del proyecto (externalización/rehabilitación/desinstitucionalización) o ayudar a ella. Esta motivación fue llevada a cabo desde muchos puntos, uno de ellos era hacer partícipes de los procesos de externalización a las personas, haciendo entender que no es algo ajeno o impuesto, sino todo lo contrario, que son ellos/as quienes eligen, gestionan y deciden sobre sus futuras acciones. Siendo parte fundamental e indispensable de su propio proceso de rehabilitación, a través de la externalización a medios comunitarios.

Paso a paso fueron entendiendo que la externalización no es una obligación o una medida impuesta por “los médicos”, sino todo lo contrario, significa que son conscientes de la importancia de relacionarse con la comunidad como paso previo a una posible alta. Hemos podido comprobar que la motivación es eficiente cuando es continua e ininterrumpida, y además existe una relación profesional de confianza y credibilidad de los pacientes, hacia los profesionales encargados de ella.

Por lo tanto, hemos constatado en los resultados, que hacer partícipes desde el primer momento a los/as pacientes, aumenta su implicación en este objetivo, as su vez esta externalización ha supuesto una mejora de su autonomía, responsabilidad y un aumento de la autoestima, al ser protagonistas de su propio proyecto (en la medida que cada uno ha sido capaz). Siendo este un esfuerzo grande en sus vidas, no hemos parado de apoyarlos/las en cada una de las fases, recordándoles la importancia de lo que están haciendo y reconociéndoles su trabajo, ante la dificultad que este representa en su desempeño diario.

La motivación ha ido acompañada de muchas horas de trabajo dedicadas a cuestiones tan simples y tan importantes como: el dialogo continuo, la preocupación de los profesionales a las demandas de los pacientes, por muy insignificantes que parezcan, la escucha de cuantas cuestiones quisieran preguntar y la atención individualizada. Todas estas actitudes del Trabajo Social se han resumido en otro pilar; El acompañamiento.

El acompañamiento en todas las fases descritas en esta sistematización, crea uno de los condicionantes más importantes para el éxito de la externalización, como es: la confianza en la persona que te ayuda y comprender que eres un elemento activo, no pasivo de tú recuperación. En la vida diaria de cualquier persona y no van a ser una excepción las personas con EMG, la manera en que los demás te tratan, crea un factor precedente muy importante de autoestima y empoderamiento. La actitud humanista sistemática en el acompañamiento realizada en este proyecto, pretende y consigue empoderar a las personas, devolviéndoles o afianzándoles la confianza de ellos/as mismos, cuestión muy deteriorada por lo general en personas que padecen EMG.

Esto no significa que los hayamos tratado como si no tuvieran una enfermedad, distorsionado la realidad, para nada, lo que hemos hecho es normalizar esa sintomatología negativa de la enfermedad, conociendo las limitaciones que les afectan, centrándonos en sus fortalezas para superarlas.

Una vez externalizados Las entrevistas de seguimiento y el acompañamiento a recursos, son pilares clave a la hora de mantener a los pacientes externalizados, dado que, para las personas externalizadas, es en muchos casos, es un esfuerzo y una sobrecarga en sus vidas, siendo imprescindible acreditar su esfuerzo con nuestro mayor interés, apoyo y ayuda.

En el camino para conseguir nuestro fin como fue crear un programa “marco” adaptable a la individualidad de las características personales de cada paciente, el co diagnóstico y a su vez “contrato” entre el paciente y sus compromisos, han sido una herramienta clave para el

empoderamiento y la asunción de responsabilidades, su compromiso y la determinación de ser un sujeto activo e imprescindible en el proceso de rehabilitación y recuperación de su autonomía personal.

No todas las personas de la unidad han podido ser externalizadas totalmente una parte solo lo fue parcialmente (dos o tres horas semanales), aun así, varios testimonios afirman sentir el beneficio de “no estar en el Hospital tantán horas” , traducido: a nuestro proyecto significa: que el hecho de ser externalizados ha aumentado su calidad de vida y sus relaciones personales.

Para concluir me atrevería a decir después de realizar este proyecto que la externalización a recursos comunitarios reduce el riesgo de institucionalización y aumenten las posibilidades de recuperación social de las personas afectadas por la Enfermedad Mental Grave.

6.2 Aportaciones para la intervención.

- **El modelo Humanista de Trabajo social en Salud Mental**

La escucha, la comprensión, el acercamiento a la persona, la horizontalidad en la relación, la confianza mutua nacia de una relación respetuosa y profesional, han sido una de las principales técnicas en este proyecto, ¿Por qué?, se preguntará alguien, o, ¿En un hospital psiquiátrico las personas tienen falta de voluntad y de juicio?, ¿No? para los que no están familiarizados con este colectivo, puede ser normal pensar de esta manera, pero, la realidad no es tan extrema. Es cierto que hay personas con un gran deterioro cognitivo y psicosocial, aunque en realidad el porcentaje no es tan alto. Ciertamente la mayoría tiene limitaciones en uno u otro ámbito, pero lo que se pretende es asumir con naturalidad esas limitaciones y centrarse en las potencialidades, creando así un proyecto real en el que la persona con sus limitaciones por supuesto, pueda optimizar el tiempo de su vida de la mejor manera posible, y a su vez ser un recurso activo en el proceso de su propia recuperación.

Este objetivo, ha sido conseguido en la mayoría de los casos gracias el método o, filosofía si se quiere llamar así, unido al desarrollo de los procesos conjuntamente con el Trabajo Social. La combinación de ambos, ha dado como resultado un trabajo respetuoso necesario para llevar a cabo intervenciones tan específicas como requiere este colectivo.

Adaptación de todos los procesos posibles del TS enfocados a la participación de las personas con EMG, como en nuestro caso la elección de recursos y los objetivos acordados en el co diagnóstico

- **La entrevista motivacional**

Mas allá de ser una entrevista tipo, es una entrevista adaptada a las necesidades de las personas con EMG. La entrevista motivacional (desarrollada en la FASE IV de la metodología) como su nombre indica tiene una gran carga motivacional, cuestión que no es fácil para personas con una sintomatología que la limita, en muchas partes de su vida.

La horizontalidad en el trato fruto de la relación profesional de confianza, hacen que la implicación de las personas en el proyecto tenga un nivel de participación alta, entre personas con alto grado de institucionalización por los resultados obtenidos en este proyecto.

La elección consensuada y voluntariosa del recurso o el programa por parte del paciente, crean un precedente de externalización exitosa, influenciado por la toma de responsabilidad en su ejecución.

Por todo ello, entiendo que este tipo de intervención es una novedad contrastada contra el intento de externalización “clínico” o, dicho en otras palabras, porque es bueno y ya está.

- **La necesidad de creatividad ante la falta de dispositivos especializados.**

Es un hecho, que existe un menor número de recursos y programas especializados para salud mental que para otros colectivos, con la salvedad de ARFES Pro Salud Mental, y la Unidad de Rehabilitación de Área (URA) situada en el Hospital Provincial de La Rioja, ambos con

programas dirigidos a la rehabilitación psico-social, en su labor de mitigar los déficits que presenta la sintomatología negativa de la enfermedad.

En lo referente al sistema residencial con el fin de tratar a los pacientes en un medio más comunitario, superando el aislamiento actual al que pueden verse relegados algunos pacientes por las causas más comunes de institucionalización que vimos en apartados anteriores, no tenemos nada que ampare esta situación. A excepción de un proyecto pionero que está en desarrollo por parte de ARFES Pro Salud Mental (sistema de pisos tutelados).

Es un hecho como decíamos y no una novedad. El III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja (2016/2020) ya lo indica cómo podemos ver, en esta guía de puntos del plan hasta llegar a dicha afirmación (punto nº10):

1. *III PLAN ESTRATEGICO DE SALUD MENTAL DE LA RIOJA*
2. *5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA SALUD MENTAL EN LA RIOJA*
3. *LINEA 3.- Asistencia a los Trastornos Mentales.*
4. *3.2 Asistencia al Trastorno Mental Grave y Persistente.*
5. *Características y necesidades de atención, intervención y apoyo de las personas con TMG y persistente:*
6. *10. “Alojamiento y atención residencial comunitaria. Es otra de las acuciantes necesidades de las personas con Trastorno Mental Grave ya que muchas de ellas no se encuentran en condiciones de vivir de forma independiente y autónoma, por lo que van a necesitar en menor o mayor medida un grado de supervisión diaria a largo plazo. Una de las máximas preocupaciones de los cuidadores (muchos de ellos el padre y/o la madre de edad avanzada) es el asegurar las necesidades básicas cuando ellos no estén. Este es uno de los problemas que han llevado tradicionalmente a la institucionalización en los Hospitales Psiquiátricos de muchas de las personas con TMG”*

En este proyecto hemos realizado intervenciones de búsqueda de recursos novedosos viables, el caso de la casa de las ciencias y sus programas formativos, han sido una nueva alternativa de formación y ocio con la que hemos realizado externalizaciones de pacientes de nuestra unidad a cursos de formación básica de informática y control de redes sociales.

Otros casos relacionados con la reinserción comunitaria ante la cercanía del alta médica y la falta de un dispositivo intermedio en el que alojar a la paciente. Dada su situación económica insuficiente para pagar un alquiler y la falta de un núcleo familiar, nos impulsó a buscar un medio residencial alternativo. Después de una reunión con el TS de Cocina económica nos ofreció un alojamiento para la paciente por el periodo de un año como tránsito para la búsqueda de un piso compartido para ella.

La estancia estaba condicionada a la participación de la paciente en actividades de ayuda al centro y en actividades ocupacionales, ambas beneficiosas para la ocupación del tiempo diario de la paciente en actividades. A su vez el entorno era perfecto dado que la paciente en su “periodo de prueba” fuera de la institución hospitalaria, con el incremento de libertad que ello conlleva, tenía los cuidados de supervisión del personal del recurso. En principio el recurso es para personas en riesgo de exclusión social, al presentar el caso de la paciente (EMG) concertamos una entrevista para que la conocieran personalmente.

Pese a que no trabajan normalmente con este colectivo aceptaron a la paciente después de conocerla, dándole una oportunidad y abriendo vía a la integración de personas con EMG.

Cruz Roja fue otro de los recursos que abrió la puerta a personas con EMG dentro de sus programas de formación, pese a no estar diseñados específicamente para el colectivo. Hemos explicado durante este trabajo que las personas con EMG (esquizofrenias en su mayoría) tienen un perfil muy específico e individual, de ahí el diseño de un plan de externalización

personalizado. El acceso de este paciente a los programas de formación no tuvo mayor condicionante por parte de Cruz Roja que el tratarlo como una persona más, debiendo de realizar las tareas y las asistencias al programa como cualquier otro participante.

Hemos comentado estos tres casos de externalización novedosa como ejemplos de la importancia de innovar en trabajo social y crear redes más amplias de conexión entre los recursos, con el fin de optimizar el alcance de la ayuda a las personas que la necesitan.

7. Referencias Bibliográficas

- Alonso Salgado, C. (2014). Una experiencia de Trabajo Social de grupo con pacientes con enfermedad mental grave y crónica. Una alternativa de recuperación psicosocial. *Cuadernos de Trabajo Social*, XXVII(1), 223-231.
- Aretio Romero, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 289-300.
- Arias Gallegos, W. L. (2015). Carl R. Rogers y la terapia centrada en el cliente. *Avances en Psicología*(23), 141-148. Recuperado el 1 de Junio de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/287980437_Carl_Rogers_y_la_terapia_centrada_en_el_cliente
- Arieti, S.(1965). Interpretación de la esquizofrenia. Nueva York, Estados Unidos: Labor, S.A
- Bernstein, D. A. y Nietzel, M. T. (1995). Introducción a la psicología clínica. México: McGraw-Hill.
- Confederación de Salud Mental de España. (2019). *Definición de Salud Mental*. Recuperado el 26 de Mayo de 2019, de Confederación Salud Mental España Web site: <https://consaludmental.org/>
- Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. (2016). *III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja*. Logroño, España: Gobierno de La Rioja. Recuperado el 6 de Mayo de 2019, de <https://ckan.larioja.org/dataset/c5105e59-433b-4a6d-ac84-3781df78c0c5/resource/31b7b11e-bbfc-4b74-993f-95af2da16cb1/download/version-def-iii-plan-estrategico-de-salud-mental-2016-2020.pdf>
- Franco Barroso, T. (2008). Claves en la inserción laboral de personas con enfermedad mental. *Zerbitzuan*, 44, 115-125.

- Garay, M., Notario, E., Duque, J. M., & Olaskoaga, A. U. (2012). Evolución del Programa de Asistencia Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave en el municipio de Bilbao. *Zerbitzuan*(52), 179-190.
- García Pérez, O., Peña Calvo, J. V., & Torío López, S. (2016). Atención socioeducativa y trastorno mental severo: la vivienda como base de intervención. *Convergencia*(72), 171-197.
- Gobierno de La Rioja. (2009). *Decreto 13/2009, de 27 de febrero, por el que se regula la estructura, organización y régimen de funcionamiento del Centro Asistencial Albelda de Iregua*. Logroño, España: Boletín Oficial de La Rioja. Recuperado el 15 de Abril de 2019, de <https://ias1.larioja.org/cex/sistemas/GenericoServlet?servlet=cex.sistemas.dyn.portal.ImgServletSis&code=oumCvWIgBUf6lChv9ZDgP%2FhXhSM%2FFmcHOJpzrj1H3KDApHyqPVxRsoD%2BHW0E2YV6LEXZYSr1AOHj%0A56%2FwXGXJ91%2BF EJCMEJH%2F>
- Gómez Gómez, F. (2007) Comunicación y escucha empática de Carl Rogers, en Gómez, F. (Coord) *Intervención social con familias*. Madrid: MacrowHill. pp. 141.162
- Grupo de Trabajo de Salud Mental del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. (s.f.). *Funciones del trabajador social en el campo de la Salud Mental*. Barcelona: Diputación de Barcelona. Área de Bienestar Social. Recuperado el 17 de Abril de 2019, de <https://docplayer.es/18195668-Monografico-2-funciones-del-trabajador-social-en-el-campo-de-la-salud-mental.html>
- Hernández Pedreño, M. y Sabater Fernández, C. (2015) La observación participante como técnica de investigación social, en Civera, N. y Raya, E. (Coord) *Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social*. Madrid: grupo 5. Pp. 175-192

- Ituarte Tellaeche, A. (2009). Trabajo social clínico en el contexto sanitario. *Trabajo social y salud*(64), 283-304.
- Ituarte Tellaeche, A. (2012). Cuestiones básicas en el proceso clínico de Atención Psicosocial. *Trabajo social y salud*(72), 5-16.
- Ituarte Tellaeche, A. (Agosto de 2017). Reflexiones sobre la condición y el alcance del diagnóstico en trabajo social individualizado y familiar. *RTS: Revista de treball social*(211), 88-102.
- Ituarte Tellaeche, A. (2018). Los desafíos de trabajar con las fortalezas en el trabajo social sanitario (TSS). Una reflexión desde la clínica. *Trabajo Social y Salud*(90), 7-22.
- Masfret, D. (2008). *El trabajo social sanitario: Atención primaria y atención especializada, teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.
- OMS. (2013). *Salud Mental: Un estudio de bienestar*. Recuperado el 14 de Mayo de 2019, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Rogers, C. R. (1997). Psicoterapia centrada en el cliente. Biblioteca de psicología, psiquiatría y psicoterapia, vol. 28. Barcelona: Paidós.
- Sampietro, H. M. (2010). Enfermedad Mental y Violencia en los Medios de Comunicación: ¿Una asociación ilícita? *Quaderns de Psicologia*, XII(1), 95-107.

8. Agradecimientos

No puedo terminar este trabajo sin agradecer al Centro Asistencial de Albelda de Iregua, la oportunidad que me han dado para ampliar mis conocimientos y mi formación. En especial a la Trabajadora Social del centro Marta Pérez Larumbe por el tiempo que ha dedicado a mi instrucción con su experiencia.

Quería también agradecer al Doctor Jerónimo Ibáñez psiquiatra y director del centro, permitir el acceso a la formación de estudiantes de grado en la Institución, aportando visibilidad social a la EMG y ayudando a reducir la desinformación y el estigma que rodea a la enfermedad mental.

A mi Tutor Domingo Carbonero Muñoz por su esfuerzo y su calidad docente aportada en este trabajo.

Por último y más importante, a todas las personas con EMG que he conocido y me han ayudado a crecer como persona, con su ejemplo de lucha ante la enfermedad.

9. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA SOCIAL

DATOS PERSONALES

- Nombre y apellidos :
- Fecha de nacimiento:
- Población de nacimiento:
- Estado civil:
- Fecha de ingreso en Centro de Salud Mental y unidad:
- Motivo del ingreso:
- D.N.I.:
- N° de la Seguridad Social o Mutua:
- Centro de salud al que pertenece y médico que le corresponde :
- Ingresos/tipo de pensión:
- Grado de minusvalía :
- Valoración de dependencia:
- Situación Legal: tutelado, curatela, en proceso:
- Domicilio habitual y empadronamiento:
- Familiar o Tutor responsable del paciente, dirección y tef de contacto:
- Trabajadora Social de referencia:
- Consentimiento informado salidas:

HISTORIA SOCIAL

- Fecha de valoración
- Diagnostico psiquiátrico
- Tratamiento que sigue en la actualidad
- Motivo del ingreso
- Tipo de Ingreso

ESTRUCTURA FAMILIAR

| Nombre y Apellidos | Estado civil | Parentesco | Fecha de nacimiento | Domicilio | teléfono | Relación con el usuario(si convive con el usuario y si mantiene relación con él) |
|--------------------|--------------|------------|---------------------|-----------|----------|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

EDUCACION, INSTRUCCIÓN, LABORAL

- Nivel de instrucción máximo alcanzado:
- Experiencias profesionales:
- Trabajos protegidos:

SITUACIÓN ECONÓMICA

- Ingresos familiares netos (mensuales fijos)
- Fuentes de ingresos (trabajo, pensión, rentas, otras)
- Gastos fijos mensuales
- Gastos extraordinarios
- Administración de los ingresos del usuario

VIVIENDA

- Régimen de tendencia o uso
- Tipo de vivienda
- Condiciones de habitabilidad
- Características generales del barrio o zona
- Tipo de barrio o zona
- Equipamientos y servicios
- Asociacionismo utilizado por el paciente
- Destino deseable del usuario en caso de alta o traslado

SITUACION SOCIO-SANITARIA

- Enfermedades y discapacidades asociadas a su enfermedad mental
 - Tipos
 - Necesidad de Ayudas Técnicas
 - Tratamientos obtenidos antes del ingreso
- Tiene reconocido el grado de discapacidad: (sí, no, en proceso)
 - % grado:
 - Necesidad de 3º persona
 - Fecha de valoración

- Tiene reconocida la situación de dependencia (si, no, en proceso)
 - Grado
 - Nivel
 - Fecha de Valoración

SITUACION LEGAL

- Incapacitado legalmente si/no/en proceso (defensor judicial)
- Tipo de representación legal: tutela, curatela
 - Ejercida por:
 - Familiar o Fundación Tutelar de La Rioja
- Tutor legal:
 - Nombre y apellidos
 - Dirección
 - Teléfono
 - Parentesco

RELACION CON EL ENTORNO

- Lugar de residencia antes de su ingreso
- Relación con familiares y/o amigos
 - Referencia historia de la evolución del proceso de socialización individual y/o familiar
 - Relaciones actuales con el entorno
- Posibles visitas al domicilio familiar
- Otro tipo de salidas
- Actividades ocupacionales fuera del Centro

DIAGNOSTICO INTERPRETATIVO GLOBAL DE LA SITUACIÓN

- Problemas y necesidades iniciales presentados por el paciente y/o familia
- Problemas planteados por el enfermo o la familia y los detectados por los TS
- Posibles causas de los problemas y sus repercusiones en la hospitalización
- Postura ante la enfermedad
- Obstáculos a la solución de los problemas
- Aspectos que pueden ayudar a la solución de los problemas. Identificación de factores de riesgo y de protección

PLAN DE INTERVENCIÓN

Descripción de actuaciones prioritarias en trabajo social

Actuaciones a nivel individual

Actuaciones a nivel familiar

Actuación con la comunidad (posibles recursos a utilizar)

ANEXO 2

| | | | | | |
|-----------------------------------|------------|-------------|----------|--------|--|
| RECURSO PERSONA DE CONTACTO | | DIRECCIÓN | | | |
| | | | | | |
| | REQUISITOS | INSCRIPCION | DURACION | COPAGO | |
| PROGRAMAS Y PROYECTOS | | | | | |